



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES  
**AVISO DE ACCIÓN PLANIFICADA**  
**INSCRIPCIÓN Y ANULACIÓN DE LA EXENCIÓN**  
PLANNED ACTION NOTICE  
WAIVER ENROLLMENT AND TERMINATION

NOMBRE Y DOMICILIO DEL CLIENTE

NOMBRE Y DOMICILIO DEL REPRESENTANTE

DDD ha tomado una determinación con respecto a su inscripción en una Exención de Servicios Basados en el Hogar y en la Comunidad (HCBS) de DDD.

**INSCRIPCIÓN A LA EXENCIÓN**

Ha sido aprobado para inscribirse en la exención en la siguiente Exención de HCBS de DDD:

- Básica
- Basic Plus
- ESENCIAL (CORE)
- Exención de Protección Comunitaria

La fecha efectiva de inscripción para esta exención es: \_\_\_\_\_ .

Puede llamar a su Administrador del Caso/Recursos (CRM) para obtener mayor información y planificación.

NOMBRE DEL CRM

NÚMERO TELEFÓNICO

**ANULACIÓN DE LA EXENCIÓN**

Ya no es elegible para participar en la siguiente HCBS de DDD:

- Básica
- Basic Plus
- ESENCIAL (CORE)
- Exención de Protección Comunitaria

La fecha efectiva para la anulación de la elegibilidad y los servicios de la exención es: \_\_\_\_\_ .

La(s) razón(es) de dicha anulación:

- No satisface el criterio de elegibilidad para la exención. WAC 388-845-0030
- Se lo está inscribiendo en una exención HCBS de DDD distinta. WAC 388-845-0045; 0080; 3085
- Ya no necesita ni utiliza los servicios de la exención. WAC 388-824-0030(6) ó 0060(2)(3)
- Participa en la exención de Protección Comunitaria y opta por no recibir servicios de un Proveedor de Protección Comunitaria certificado. WAC 388-845-0060(4)
- Opta por cancelar la inscripción a la exención. WAC 388-845-0060(5)
- Reside fuera del estado. WAC 388-845-0060(6)
- No se lo puede localizar o no está disponible para la revaluación anual de elegibilidad para la exención. WAC 388-845-0060(7)
- Se rehúsa a participar en la planificación de sus servicios, en el control de calidad o controlando las actividades. WAC 388-845-0060(b)(c)
- Se rehúsa recibir servicios acordados en su plan de atención necesarios para satisfacer sus necesidades de salud y seguridad. WAC 388-845-0060(c)
- Reside en una institución. WAC 388-845-0060(9)
- Sus necesidades exceden los servicios que se pueden proporcionar bajo su exención. WAC 388-845-0000 ó 3085

## SUS DERECHOS DE APELACIÓN

Tiene derecho a solicitar una Audiencia Administrativa si no está de acuerdo con la anulación de elegibilidad para la

Si la anulación de su exención se debe únicamente a que usted no es elegible para Medicaid o para discapacidad del Seguro Social, no tiene el derecho de apelar contra DDD. Tiene derechos de apelación únicamente con la agencia que tomó la decisión sobre la inelegibilidad.

Tiene noventa (90) días a partir de la fecha en que reciba este aviso para solicitar dicha acción.

- Si actualmente recibe servicios pagos de una exención de DDD y desea que continúen tanto la elegibilidad como los servicios de la exención durante su apelación, deberá solicitar la audiencia administrativa antes del:  
\_\_\_\_\_
- Si usted eligiera continuar con los servicios pagos y la decisión final ratificara la acción del departamento, usted será responsable de reintegrar hasta 60 días de beneficios recibidos.
- Si no desea que continúen sus servicios pagos, comuníquese con:

\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
ADMINISTRADOR DEL CASO/RECURSOS NÚMERO TELEFÓNICO

Tiene los siguientes derechos:

1. A ser representado (quizás sea elegible para recibir asesoría legal gratuita);
2. A solicitar una copia de su expediente y de toda la información evaluada por DDD para tomar la decisión;
3. A presentar documentación de prueba;
4. A testificar en la audiencia y presentar testigos que testifiquen en representación suya; y
5. A contra-interrogar testigos que testifiquen para el

Se adjunta formulario para solicitar una audiencia administrativa.

### ¿TIENE ALGUNA PREGUNTA?

**Si tuviese alguna pregunta sobre esta decisión de elegibilidad o sobre sus derechos de apelación, comuníquese con**

NOMBRE	NÚMERO TELEFÓNICO	OFICINA LOCAL
--------	-------------------	---------------



**AVISO DE ACCIÓN PLANIFICADA  
SOLICITUD DE AUDIENCIA PARA LA  
INSCRIPCIÓN Y ANULACIÓN DE LA  
EXENCIÓN DE DDD**

Conforme el Capítulo 388-02 de las reglas  
de audiencia de DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY	
<input type="checkbox"/> <b>Oral request taken by:</b>	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

**ENVIAR POR CORREO A:** OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489  
PO BOX 42489  
OLYMPIA WA 98504-2489

**FAX:** 360-586-6563

Solicito una audiencia debido a que no estoy de acuerdo con la siguiente decisión del Departamento Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD):

SU NOMBRE (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DOMICILIO DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUDIENCIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO REGIONAL) <input type="checkbox"/> <b>TELÉFONO PARA MENSAJES</b>	

**Se me notificó sobre la decisión el:** \_\_\_\_\_ **por:** \_\_\_\_\_  
FECHA NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA OFICINA DE DSHS  
**Deseo recibir asistencia continua, si fuera elegible:**  **Sí**  **No** Programa: \_\_\_\_\_

Me representa (si va a representarse a sí mismo, no llene las dos líneas siguientes):

NOMBRE DE SU REPRESENTANTE	ORGANIZACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL

**Autorizo la cesión de información sobre mi audiencia a mi representante.**

SU FIRMA	FECHA
----------	-------

¿Necesita a un intérprete u otro tipo de asistencia o arreglo para la audiencia?  **Sí**  **No**  
De ser así, ¿qué idioma o qué tipo de asistencia? \_\_\_\_\_

Los Jueces de la Ley Administrativa (ALJ) podrían llevar a cabo algunas audiencias por teléfono. Si desea cambiar la audiencia para que se realice en persona, siga las instrucciones en el Aviso de Audiencia que le será enviado por correo por la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH).

## DDD WAIVER ENROLLMENT AND TERMINATION PLANNED ACTION NOTICE INSTRUCTIONS

### Completing the Form

#### 1. Waiver Enrollment:

- The effective date of the waiver enrollment on the first page of the Planned Action Notice is the date the Case Resource Manager signs the Plan of Care (POC). Remember: All of the items must be completed on the Waiver Eligibility Determination Checklist (10-274) before you can sign the POC.

#### 2. Waiver Termination:

- The effective date of the termination for waiver eligibility and services on the first page of the Planned Action Notice is a minimum of 10 days from the mailing of the Planned Action Notice then extending to the end of the month of the tenth day.
- When the client is moving from one waiver to another the termination date is the day before the waiver enrollment effective date.

#### 3. It is preferable that any:

- Service termination occurs the last day of the month, and
- Service reduction occurs the first day of the month.

#### 4. The appeal date on the second page of the Planned Action Notice is calculated by counting ten (10) days from the date of mailing - the tenth day must be a working day - and extending to the end of the month.

- Services continue if an appeal is filed in a timely manner except for circumstances listed in WAC 388-825-150.

#### 5. The client is instructed to return the form if they choose NOT to have services or eligibility continue during the appeal. If they choose to contact you by telephone, note that they have requested to discontinue services in the CARE SER and terminate services the same date as the termination effective date on the first page.